

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 11 Juillet 1900, à 1 heure

PAR

M. RUTTEN

Né à Maestricht (Hollande) le 3 septembre 1868

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA

Néphrite Subaiguë
AU COURS DE LA
SYPHILIS SECONDAIRE

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. HAYEM, professeur.

VIDAL et GAUCHER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1900



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THESE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 11 Juillet 1900, à 1 heure

PAR

M. RUTTEN

Né à Maestricht (Hollande) le 3 septembre 1868

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Néphrite Subaiguë

AU COURS DE LA

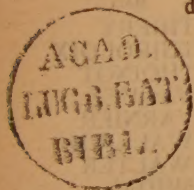
SYPHILIS SECONDAIRE

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. HAYEM, professeur.

VIDAL et GAUCHER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	FARABEUF
Physiologie.....	CH. RICHEL
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	HUTINEL
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	LANDOUZY
Hygiène.....	PROUST
Médecine légale.....	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie...	BRISAUD
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHANTEMESSE
	POTAIN
Clinique médicale.....	JACCOUD
	HAYEM
	DIEULAFOY
	GRANCHER
Maladies de enfants.....	JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.	BERGER
	DUPLAY
Clinique chirurgicale.....	LEDENTU
	TILLAUD
Clinique ophtalmologique.....	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires..	GUYON
Clinique d'accouchement.....	BUDIN
	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation,

M. LE PROFESSEUR L. OUSNIER

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR FOURNIER

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

Introduction

De toutes les manifestations viscérales de la syphilis, il en est peu qui aient donné lieu à plus de controverses que les néphropathies. Seules les gommes du rein avaient depuis longtemps conquis droit de cité ; les lésions rénales de l'hérédo-syphilis furent, elles aussi, bientôt admises sans conteste. Au contraire, le mal de Bright syphilitique, l'amylose que l'on rencontre assez fréquemment dans la syphilis tertiaire, enfin et surtout les néphrites subaiguës qui peuvent se produire au cours de la période secondaire sont dépourvus au point de vue anatomique ou clinique de caractères suffisamment tranchés pour qu'on puisse en affirmer catégoriquement la nature spécifique.

Néanmoins certaines observations cliniques sont si précises, en l'absence de toute autre cause occasionnelle qu'on puisse incriminer qu'il est nécessaire d'admettre la nature spécifique de certaines formes de néphrite que l'examen anatomique serait impuissant à classer.

L'étude récente avec autopsie d'un cas de néphrite en pleine syphilis secondaire, et dont Monsieur B. Weill, interne du service D^r Aud'houi, a bien voulu nous faire profiter, nous a donné l'idée de réunir les éléments accumulés en assez grand nombre déjà sur cette question et permettant de juger et la réalité anatomique et l'évolution clinique de la néphrite syphilitique secondaire.

Nous espérons que ce travail, si modeste soit-il, contribuera à éclairer quelques points de son étude laissés jusque-là dans l'ombre. Il n'existe en effet dans la littérature médicale qu'une dizaine d'observations suivies d'examen nécroptique plus ou moins complet et cette rareté même nous a semblé un gage suffisant de l'intérêt que pouvait présenter l'examen détaillé d'un nouveau cas au double point de vue clinique et anatomique.



Historique

Avant l'année 1842, les lésions rénales d'origine syphilitiques étaient absolument inconnues, et c'est à Rayer que l'on doit la première description d'ensemble de la syphilis tertiaire du rein. Pendant une vingtaine d'années de nombreux auteurs étudient ces lésions tertiaires, ébauchent des classifications et des statistiques. Nous passerons rapidement sur cette période historique, qui ne fait pas partie de notre sujet, pour arriver à l'histoire des néphrites secondaires.

La connaissance de ces néphrites est en effet de date toute récente. Perroud, de Lyon, en 1867, dans le Journal de Médecine de Lyon, en fait une première mention toute timide encore. Jaccoud, deux ans plus tard, dans ses cliniques de la Charité, en signale deux nouvelles observations ; son affirmation est encore des moins précises ; et, la même année, Mauriac s'écrit : « C'est un diagnostic instinctif plutôt que basé sur des preuves matérielles. »

Cependant de nombreuses observations parais-

sent, et jusqu'à l'année 1898, des travaux d'ensemble résument les renseignements cliniques acquis. On trouvera dans l'index bibliographique la liste complète de ces travaux. Nous citerons ici les observations de Fournier, Drysdale, Burkmann, Labadie-Lagrave, Colvis, Siety, Horteloup, dont les quatre observations sont très précieuses, Boukheieff, Gaston, Lécorché et Talamon, Preudergast, Darier et Hudelo, Delore, Regnier, Dœderlin, Theille, Descouts. Au point de vue clinique les travaux d'ensemble de Barthélemy, de Neye¹, de Fullien et Mauriac fixent les principaux traits du tableau symptomatique.

Tous les travaux précédents, et ceux que nous citons à l'index bibliographique ne s'accordent guère que sur un point précis : il existe des néphrites subaiguës au cours de la syphilis secondaire.

Quant il faut interpréter les observations, remonter à la cause première, déterminer si vraiment il s'agit bien là d'une néphrite syphilitique, le désaccord commence.

L'année même de la publication de Perroud, Behier et Guiol se montrent très sceptiques et nient les manifestations rénales de la syphilis secondaire. Roberts, en 1885, admet bien l'existence de ces néphrites, mais il se refuse à en faire de la syphilis rénale ; il invoque une simple coïncidence fortuite, ce qui est bien commode en effet. Gunty en fait une néphrite toxique, due à l'élimination du mercure.

D'autres auteurs, tels que Furbringer, Lang et Welandier, adoptent une opinion mixte, et leur éclectisme a le mérite de ne rien affirmer. Le mercure, disent-ils, explique bien quelques cas de néphrites mais une telle interprétation ne peut s'adapter à toutes les observations publiées, et surtout à celles où le traitement mercuriel a précisément amélioré l'état rénal. Dans ces dernières conditions à défaut d'étiologie plus nette, il faut pourtant bien se ranger à la syphilis.

Dans ces dernières années, avec Casarini, Tommasoli, Dieulafoy, Rénon et Chauffard, on a étudié surtout les causes occasionnelles banales ; froid, surmenage, grossesse, alcoolisme, misère.

L'importance de ces facteurs étiologiques dits secondaires n'échappera à personne.

Cependant, avec nos idées actuelles, il semble impossible d'exagérer cette importance, au point de leur accorder le rôle prépondérant dans la genèse des néphrites de la syphilis secondaire,

Sans parler de l'hérédo-syphilis qui ne rentre pas dans notre cadre, terminons ce rapide historique en disant que si la question de l'étiologie est en somme peu avancée, l'anatomie pathologique de telles néphrites est également peu connue. Nous reviendrons sur ce point dans un des chapitres suivants.

Étiologie et Pathogénie

La fréquence des manifestations précoces de la syphilis au niveau du reins est très diversement appréciée suivant les auteurs. Si l'on considère l'albuminurie passagère au cours des accidents secondaires comme un indice de néphropathie, on peut considérer que la néphrite syphilitique secondaire est loin d'être une rareté. Fürbringer donne la proportion de 12 p. 100 syphilitiques, qui présentèrent au cours de la roséole ou peu après de l'albuminurie avec présence de cylindres dans les urines. La statistique de Schwumer donne 22 albuminuries passagères pour 250 syphilitiques.

Mauriac, qui considère les néphrites syphilitiques précoces comme rares, a noté que, sur 23 cas, 8 fois les accidents survinrent deux mois exactement après l'apparition du chancre.

G. Delamare a vainement recherché l'albuminurie chez 421 syphilitiques.

Il est évidemment malaisé de tirer une conclusion

précise d'affirmations aussi disparates ; retenons cependant l'existence fréquemment observée d'albuminurie au cours de la période secondaire et aussi ce fait signalé par Mauriac de la coïncidence ordinaire des phénomènes de néphrite avec la première ou la deuxième poussée des accidents secondaires habituels, précieuse pour établir le diagnostic étiologique de l'affection rénale que l'on observe. Toutefois cette coïncidence ne paraît pas devoir être nécessaire et il faut se garder, par une généralisation trop hâtive, d'exiger le criterium pour poser un diagnostic. Dans le cas que nous avons étudié en particulier, nous ne croyons pas que l'absence, au moment même des accidents terminaux, d'aucune signature actuelle de syphilis cutanée ou muqueuse puisse révoquer en doute le diagnostic établi.

La fréquence relative des néphrites secondaires et des autres variétés de syphilis rénale, a donné lieu à de nombreuses statistiques.

Bamberger, sur 49 cas, indique 4 néphrites aiguës, 29 néphrites subaiguës, parenchymateuses à gros reins blancs, 16 néphrites chroniques trophiques. Wagner sur 63 cas, compte 8 fois un mal de Bright aigu, 4 fois un mal de Bright chronique, 14 fois une néphrite atrophique (double 8 fois, unilatérale 6 fois), enfin 33 fois de la dégénérescence amyloïde et 3 fois seulement des gommes du rein.

Tous les auteurs actuels s'accordent à noter la

fréquence relative considérable de l'amylose au cours du tertiariisme : Lanceraux la trouve 2 fois sur 20 syphilis viscérales. Cornil compte sur 128 cas d'amylose 28 imputables à la syphilis.

A vrai dire si la syphilis semble donner de préférence des manifestations rénales au cours de la période tertiaire, il faut néanmoins faire certaines réserves, en mettant à part certains cas indiscutables d'amylose ne pouvant reconnaître d'autre origine, et surtout les gommes tyiques du rein, il faut se demander si c'est avec raison que les autres cas de néphrite, au cours du tertiariisme, présentant si souvent les lésions banales de la néphrite interstitielle et les symptômes communs du mal de Bright peuvent être mis sur le compte de la syphilis ; les causes ordinaires du brightisme sont trop fréquemment observées pour qu'on puisse porter pareille affirmation.

Le rapide aperçu historique que nous avons donné nous permettra de rappeler brièvement les différentes hypothèses que l'on a formulées pour expliquer la pathogénie de la néphrite au cours de la syphilis secondaire.

Certains auteurs se rattachant aux idées émises par les premiers observateurs anglais mettent sur le compte de la mercurialisation l'origine des lésions transitoires non définitives que présentent les reins.

D'autres ne veulent y voir qu'une simple coïnci-

dence et rattachent les phénomènes rénaux à des causes occasionnelles banales.

Enfin certains auteurs, et nous nous rangerons à leur suite, considèrent que la syphilis peut atteindre soit directement, soit à la faveur de causes adjuvantes le parenchyme rénal et décrivent des néphrites syphilitiques secondaires, aussi bien individualisées que les gommes caractéristiques de l'infection à la période tertiaire.

Nous n'insisterons pas sur les faits nombreux dans lesquels le traitement mercuriel a rapidement supprimé les accidents, faisant ainsi la preuve de leur nature même et détruisant tout à la fois l'affirmation dont Gantz fut le champion le plus acharné de l'origine mercureille de la néphropathie.

Quant aux résultats anatomiques ils sont incontestables en ce qui concerne les lésions tertiaires : les quelques observations que nous étudierons dans le chapitre suivant nous paraissent devoir être sérieusement prises en considération et justifier pour une large part, surtout si l'avenir nous apporte des constatations analogues, le rôle notable de la syphilis secondaire dans la pathogénie de certaines néphrites subaiguës.

Anatomie Pathologique

Les lésions constatées dans les néphrites subaiguës au cours de la syphilis secondaire ne présentent pas de caractéristique spéciale. C'est du moins ce qui ressort des diverses autopsies publiées et de la nôtre propre. Ces résultats ne sont pas pour nous surprendre ; on tend en effet à admettre aujourd'hui que « les réactions anatomo-cliniques du rein varient moins suivant la *nature* que suivant le *mode d'action* rapide ou lent de l'agent pathogène » (Delamarre).

Suivant la durée de l'évolution clinique, les lésions rénales revêteront le type de la néphrite aiguë, subaiguë, ou chronique. Ici nous avons affaire surtout à des néphrites subaiguës ; c'est dire que l'on observera des lésions parenchymateuses prédominantes, et que les lésions conjonctives de nature réactionnelles seront d'autant plus prononcées que l'évolution aura été plus lente.

Huit observations seulement contiennent des constatations anatomiques ; et encore parmi ces huit

observations, quatre seulement apportent des renseignements précis et concordant. L'observation de Perroud est en effet à éliminer parce que la syphilis y est pas trop incertaine ; celle de Remy ne comporte pas d'examen histologique. Les observations de Wagner et de Theille sont trop complexes. En effet dans les cas de Wagner, la tuberculose et la syphilis se trouvaient associées, dans celui de Theille les éléments étiologiques sont multiples, puisque son malade était un alcoolique, un surmené et avait présenté un exanthème scarlatiniforme prurigineux. Un autre cas de Wagner se rapporte à la syphilis tertiaire.

Les observations qui restent sont dues à Brault, à Darier, à Etienne et à Dœderlin.

Au point de vue *macroscopique* on trouve le plus souvent à l'autopsie un gros rein blanc ; quelquefois aussi, lorsque l'évolution, s'est prolongée il s'agit d'un rein bigarré ou encore un petit rein rouge contracté. C'est ainsi que Brault, dans une de ses autopsies, décrit des reins qui pèsent, le gauche 290 gr., le droit 225 gr. Ces reins étaient gris blancs, et présentaient de la congestion des étoiles veineuses ; la substance corticale était hypertrophiée ; les pyramides, congestionnées, étaient d'un rouge foncé. Dans un autre cas, ce sont des reins d'un gris rouge sombre qui pèsent le gauche 270 gr., le droit 250 gr. ; et dont la substance corticale est hypertrophiée. Notre autopsie, relatée plus loin en détail, nous fit découvrir deux gros

reins blancs typiques. Par contre dans l'autopsie d'Etienne, le rein gauche ne pèse que 80 gr. ; pâle et dur, il se décortique bien ; le rein droit pèse 160 gr.

En résumé le gros rein blanc est la note dominante. De même au point de vue histologique, ce qui domine, ce sont les lésions banales de néphrite subaiguë diffuse ; cependant quelques détails méritent d'être cités.

Comme il est facile de le prévoir, les lésions épithéliales sont d'autant plus prononcées que la néphrite est plus jeune. Les lésions observées par Brault, Darier et Etienne sont à peu près semblables ; cependant tandis que Brault observe une artériolite notable, Etienne note une endartérite légère et Darier ne trouve aucune lésion vasculaire. Dans notre cas il existe, comme dans celui de Brault, une véritable artérialité.

Etienne trouve surtout des lésions épithéliales très marquées ; les cellules des tubuli contorti sont gonflées, leur protoplasme est en dégénérescence granuleuse. Du côté du glomérule, il note simplement un épaississement de la capsule de Bowmann.

Les coupes de Brault montrent au contraire une prédominance des lésions glomérulaires. Les artères du glomérule sont dilatées et présentent une endartérite notable. Quant aux tubes contournés ils sont dilatés, contiennent d'abondants exsudats ; les cellules présentent toute une série de lésions depuis l'infiltra-

tion graisseuse jusqu'à la nécrose ou l'abrasement. Les tubes collecteurs contiennent des cylindres cireux. Enfin, et nous insistons sur ce point, des traînées embryonnaires infiltrent la substance corticale; d'autres leucocytes se sont collectés sous la capsule, et les deux formations sont réunies l'une à l'autre, en formant une sorte de réseau. La même infiltration de cellules blanches se retrouve dans la substance médullaire, où elle sépare les uns des autres les tubes collecteurs des pyramides de Malpighi.

Cette infiltration leucocytaire se retrouve dans l'observation de Doederlin et dans la nôtre. L'observation de Doederlin a trait à une néphrite interstitielle subaiguë; mais cet auteur insiste beaucoup sur des amas embryonnaires qui se trouvaient collectés dans les mailles du tissu conjonctif et autour des vaisseaux; ces petits groupes de cellules rondes se retrouvaient également dans le foie. Doederlin conclut de son examen histologique, qu'il s'agit là de lésions spécifiques; ce seraient des gommès, mais des gommès jeunes, en voie de développement.

Or, comme on le verra plus loin en lisant le détail de notre examen anatomique, dans notre cas, où les lésions parenchymateuses sont de beaucoup prédominantes, nous avons constaté l'existence de ces amas embryonnaires. Dans le foie ces amas existent au niveau même des espaces portes, le reste du parenchyme hépatique présentant simplement de la

congestion. Dans le rein il existe une infiltration embryonnaire en réseau, comme dans le cas de Brault, et, en outre, des amas à localisation toute spéciale ; ces amas se collectent en effet autour ou près des vaisseaux, qui présentent d'ailleurs des lésions d'endarterite.

Pouvons-nous tirer de ces faits une conclusion précise, affirmer qu'il s'agit là d'une lésion comparable à celle que Dœderlin considère, lui, comme spécifique ?

Nous ne le croyons pas. En effet, nos reins présentent au plus haut point les lésions de la néphrite parenchymateuse, et l'infiltration embryonnaire dans ces cas est un phénomène trop fréquent, pour que nous puissions nous étonner de l'avoir rencontré sur nos coupes ; la localisation péri-vasculaire s'explique par l'endarterite. Le cas de Dœderlin est évidemment plus intéressant à ce point de vue, car il s'agit d'une néphrite interstitielle ; et dans ces formes lentes l'infiltration embryonnaire est chose plus rare que dans les néphrites d'allure plus rapide. Cependant, d'après Dœderlin lui-même, les amas leucocytiques qu'il décrit ne peuvent être que des gommes jeunes, au début de leur évolution. Et alors il est permis de se demander comment ces éléments jeunes ont pu devenir le point de départ d'un tissu réactionnel de sclérose assez développé pour réaliser le type de la néphrite interstitielle.

Toute conclusion précise semble donc devoir être écartée, surtout si l'on songe à la difficulté qu'il y a à interpréter la nature d'une lésion aussi banale qu'un amas embryonnaire.

Pour ce qui est des mêmes amas rencontrés dans le foie, nous serons plus réservés encore. Il est possible que dans le cas de Dœderlin ces amas puissent être étiquetés gommes miliaires ; dans le nôtre une telle affirmation est impossible à formuler. Cependant nous croyons que la présence de ces infiltrations embryonnaires abondantes et assez spécialement localisées est un fait à retenir, puisque en somme il a pu frapper l'observateur dans trois observations sur sept.



Symptomatologie

Le *début* des accidents rénaux de la syphilis secondaire coïncide généralement avec les premiers mois de l'infection.

Il est exceptionnel qu'on note l'apparition de l'albuminurie avant le 50^e jour.

Constant Fournier, dont la compétence en pareille matière est incontestable, indique que les accidents rénaux de la syphilis peuvent apparaître au seuil même de la période secondaire. Le plus communément, c'est du 4^e au 8^e mois que surviennent les premiers symptômes de néphropathie. On peut les observer encore au cours de toute la période secondaire, c'est-à-dire durant les trois premières années de l'infection.

Enfin certains auteurs, Wagner, Boukkeieff, Cohadon, Négel mettent sur le compte de la syphilis secondaire des accidents survenus après 8, 10 et 12 ans. Avec Theille nous refuserons de souscrire à pareille opinion et nous rangerons de telles observations dans les annales du tertiarisme.

Généralement c'est sous l'aspect de néphrite subaiguë et rarement sous celui de néphrite aiguë qu'évoluent les accidents rénaux secondaires.

Parfois le début en est relativement brusque ; plus souvent après une période de troubles mal définis, douleurs vagues dans les reins, lassitude, inappétence et qui correspondent à un stade prémonitoire en quelque sorte mais où l'albuminurie non encore recherchée existe déjà vraisemblablement.

Bientôt surviennent de la céphalalgie, des œdèmes partiels dans la région malléolaire, génitale, ou des paupières. Ces œdèmes ne sont d'ailleurs pas constants, en effet dans les observations I et V on remarquera que l'absence d'œdèmes a été signalée ; il est possible qu'elle se soit rencontrée dans d'autres cas, où on a pu négliger de noter ce symptôme négatif.

L'oligurie a été signalée dans nombre de cas. Theille insiste avec raison sur sa gravité pronostique. Le taux des urines manque dans nombre des observations que nous avons analysées : cependant Dœderlein a noté (Obs. VI) 1500 à 2000 cmc. ; Etienne 1000 gr. (Obs. VII). Nous-même avons trouvé de 1 litre à 2 litres durant la première période de la maladie. En somme, l'oligurie, pour fréquente qu'elle soit, n'est pas absolue.

L'albuminurie est presque toujours considérable. Le cas de Fournier et Brouardel est bien connu, ces observateurs constatèrent jusqu'à 110 gr. d'albumine

par jour. Les chiffres communément observés varient de 10 à 25 gr. par jour. L'examen des urines fait généralement constater dans le dépôt la présence de leucocytes, d'hématies, et des cylindres peuvent être hématiques, muqueux, épithéliaux ou granuleux.

L'évolution des accidents est assez variable. Tantôt dès le début on observe de l'anasarque, de l'ascite, de l'hydrothorax, de l'oligurie qui peuvent ensuite rétrocéder. Parfois au contraire le taux des urines est d'abord assez élevé, puis s'abaisse peu à peu en même temps qu'apparaissent les phénomènes urémiques, intolérance gastrique, diarrhée, qui conduisent la malade au coma et à la mort ; l'urémie convulsive est rarement observée.

D'une manière générale, on n'a point signalé d'hypertrophie ventriculaire, de bruit de galop, ni d'hypertension artérielle (Chauffard).

Les phénomènes oculaires sont rares.

La fièvre est rare et atteint à peine, quand elle existe, 38° à 38°5.

La terminaison des néphrites syphilitiques secondaires est très variable. S'il est vrai que dans nombre de cas, et même alors que les accidents initiaux ont été graves, la guérison s'obtient aisément sous l'influence du traitement, il n'est pas rare non plus de voir enfin des malades sensiblement améliorés par le repos, le régime lacté et le traitement spécifique, conserver une albuminurie persistante, trace

de lésions sans doute indélébiles et qui restent comme une menace d'accidents urémiques ultérieurs (Obs. XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX) ; c'est en somme l'origine probable de bien des néphrites chroniques signalées au cours de la syphilis tertiaire.

Enfin, et les observations I, III, VI, VII, VIII, IX, X, pour ne prendre que les plus probantes, jointes aux cas de Brault et de Darier, en font la preuve, certaines de ces néphrites se terminent par la mort après une évolution plus ou moins longue et variant dans la proportion de quelques jours à plusieurs mois et le plus souvent dans un délai de un à trois mois.

Les accidents terminaux sont d'ordre divers. Tantôt ce sont des phénomènes pulmonaires qui dominent la scène, tantôt et le plus souvent ce sont des symptômes d'urémie cérébrale, à forme comateuse et rarement à forme convulsive, dans un cas de Mauriac, le malade succombe à un œdème de la glotte.

On voit en somme que rien dans la symptomatologie de ces néphrites syphilitiques ne leur appartient en propre, que rien ne distingue l'aspect chimique qu'elles affectent de celui des névrites subaiguës relevant de toute autre cause.

Nous verrons dans le chapitre suivant comment on peut néanmoins affirmer leur authenticité et distinguer cliniquement leur nature étiologique.

Diagnostic, Pronostic, Traitement

La plupart des auteurs qui ont fait une étude d'ensemble de la néphrite syphilitique s'accordent à reconnaître l'importance de la valeur thérapeutique du mercure pour poser le diagnostic étiologique des accidents rénaux secondaires. Assurément dans les cas relativement fréquents où le traitement diminue rapidement et supprime même tout symptôme de néphrite, la question est tôt résolue. Au contraire dans les cas nombreux où la lésion persiste et continue à évoluer, le problème se pose infiniment plus délicat. Les mêmes auteurs qui exigent le succès du traitement pour préciser la nature étiologique, admettent par un singulier paradoxe la réalité de ces cas graves terminés par la mort ou le passage à la chronicité.

Le second critérium proposé par un grand nombre d'auteurs est l'échec du régime lacté ; il n'est en somme que le corollaire du précédent. De fait, l'association de ces deux constatations est pathognomonique.

Sur quelles bases asseoir le diagnostic dans les autres circonstances ?

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic de la néphrite elle-même, trop facile à faire par la constatation de l'albuminurie toujours, des œdèmes, de l'anasarque, des troubles gastro-intestinaux souvent.

L'anamnèse indiquant le début de la néphrite coïncidant avec une syphilis en pleine évolution d'accidents secondaires, et surtout en l'absence de toute autre cause antérieure de néphropathie, scarlatine en particulier, si difficile parfois à dépister, permettra déjà de soupçonner la nature spécifique des lésions rénales. L'existence concomitante de lésions certaines ou muqueuses a une réelle valeur puisqu'elles démontrent l'intensité actuelle de l'infection syphilitique, il n'est pas possible cependant, croyons-nous, d'exiger leur présence pour affirmer l'étiologie.

Une pareille étude diagnostique comporte encore un troisième problème que nous ne ferons qu'indiquer. En présence de certains accidents survenant trois ou quatre ans après l'accident primitif, il est légitime de se demander si l'on a affaire à une néphrite secondaire ou à une néphrite tertiaire; le traitement peut en effet varier suivant le cas et il existe certains cas limites où la question est bien difficile à résoudre et on se bornera en somme à rechercher la coexistence de lésions cutanées, osseuses ou viscérales d'âge nettement délimité.

Le pronostic de la maladie est difficile à poser au moins en présence des premiers accidents. Telle néphrite d'apparence particulièrement grave, avec oligurie et anasarque, rétrocedera au bout d'un temps parfois assez long et sous l'influence d'un traitement intensif; telle autre, relativement torpide, d'abord, prendra après quelques jours une allure de gravité progressive et entraînera la mort.

En somme il faut admettre que dans la plupart des cas les néphrites secondaires traitées de bonne heure sont généralement bénignes et, à cet égard, nous nous rangerons volontiers à l'avis d'Horteloup qui tend à distinguer deux classes dans les accidents rénaux secondaires : les uns se produisent durant les premiers mois et sont analogues aux premières poussées cutanées, roséoles, éruptions, qui disparaissent aisément sous l'action du traitement; les autres, plus tardifs, surviennent après la première année, analogues aux éruptions cutanées plus tardives elles aussi et qui longtemps laissent des traces. Celles-là sont infiniment moins bénignes et tantôt donnent lieu à des albuminuries durables que Brault envisage comme étant d'un pronostic peu favorable, au point de vue de l'amylose ultérieure possible, tantôt se terminent par la mort.

Nous avons déjà à plusieurs reprises fait allusion au traitement. Nous serons donc brefs sur les indi-

cations thérapeutiques et sur le choix de l'agent médicamenteux.

Tommatoli et Mauriac donnent les conseils suivants : Quand il s'agit d'une néphrite précoce, c'est aux frictions d'onguent napolitain qu'il faut donner la préférence. Les néphrites plus tardives relèvent du protoiodure de mercure. Dans les cas les plus graves, il vaut mieux sans doute s'adresser à une thérapeutique particulièrement énergique et pratiquer des injections d'huile grise ou mieux d'huile biiodurée.

Il est évident que l'institution du régime lacté aura précédé tout autre traitement et que l'administration de mercure, sauf dans les cas pressants, ne fera que succéder à l'inutilité du régime appliqué isolément.

Nous citerons pour mémoire l'opinion de M. Rénon qui propose de pratiquer la prophylaxie des accidents rénaux chez les syphilitiques en soumettant ces malades au régime lacté durant les trois premiers mois de l'infection. Nous ne croyons pas qu'une telle proposition puisse rallier beaucoup de suffrages.



Observations

OBSERVATION I (inédite)

Luc. Duch. âgé de 34 ans, biscuitier.

Entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Augustin, le 9 avril 1900 pour des douleurs vives dans la région lombaire et une albiminurie notable.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires A. P. Rien à relever dans l'enfance. A toujours été robuste et bien portant jusqu'en 1896. A ce moment il fut pris en pleine santé d'une fièvre typhoïde qui fut bénigne et de courte durée et ne laissa après elle aucune séquelle.

En 1898, à la suite de fatigues exagérées, il fut atteint de pleurésie localisée au côté droit qui fut traitée sans ponction et qui rétrocéda en un mois environ.

En avril 1899 il fut atteint d'un chancre induré pour lequel il prit durant six semaines du protiodure de mercure à la dose quotidienne de 8 centigrammes. Il se rétablit et continua son travail jusque vers la fin de 1899 ; sans présenter durant cette période d'accidents secondaires qui l'aient particulièrement incommodée ; quelques maux de gorge au

début de l'hiver seulement, qu'il semble ne pas avoir traité spécialement et dont il dit n'être pas débarrassé.

Dès ce moment d'ailleurs apparaissent les douleurs lombaires qui ne firent que progresser depuis lors. En février 1900 elles sont si intenses qu'il se fait examiner avec soin, on constate de l'albuminurie et on le soumet au régime lacté. Après six semaines de ce régime, qui ne produit aucun bénéfice appréciable, il se décide à entrer à l'hôpital.

Etat actuel, le 9 avril 1900. — Duch. est un homme de taille moyenne paraissant encore robuste ; le facies semble anémié ; il n'existe pas d'œdème en aucun point du corps.

Il accuse des douleurs vives dans la région des reins, douleurs permanentes, constrictives, avec exacerbations lancinantes, plus accentuées à droite, empêchant même tout repos la nuit.

L'examen des divers appareils permet de faire les constatations suivantes :

Appareil respiratoire ; il existe une zone de submatité notable étendue à toute la base droite en arrière ; les vibrations vocales sont sensiblement affaiblies.

Il y a donc une diminution très nette du murmure vésiculaire, sans adjonction de bruits adventices.

Du côté gauche on constate seulement que le murmure vésiculaire est également peu perceptible à la base.

Le cœur n'offre rien de particulier à relever.

L'appareil digestif fonctionne encore assez bien : mais le malade astreint à ne boire que du lait.

L'examen de la cavité buccale permet de constater l'existence de plaques muqueuses au niveau des deux amygdales.

La palpation du ventre dénote une sensibilité assez vive plus marquée à mesure qu'on s'approche de la région lombaire

Les urines (1100 gr. environ) sont troubles. L'examen fait constater une albuminurie notable et le dosage pratiqué démontre 7 gr. par litre. Dans le dépôt on constate la présence de cylindres cireux et quelques cylindres granuleux.

Mis au régime lacté absolu et au bout de trois jours au traitement spécifique à faible dose : 3 c^{gr} de sublimé.

Durant les premiers jours le malade paraît s'améliorer légèrement et on observa une diminution sensible de l'albuminurie. Mais au bout de cinq ou 6 jours le taux de l'albumine s'élève, la quantité des urines diminue comme le montre le tableau suivant :

10 avril. — Quantité des urines 1100 cmc. 7 gr. d'albumine par litre.

12 avril. — Début du traitement.

13 avril. — Quantité 1500 cmc. — 5 gr. par litre.

14 — — — 1200 cmc. — 5 gr. —

15 — — — 1250 cmc. — 6 gr. —

16 — — — 1250 cmc. — 4 gr. —

17 — — — 1500 cmc. — 3 gr. —

18 — — — 1500 cmc. — 2 gr. 50 —

19 — — — 1500 cmc. — 2 gr. 20 —

20 — — — 1750 cmc. — 1 gr. 25 —

21 — — — 2000 cmc. — 1 gr. 50 —

23 — — — 2000 cmc. — 1 gr. 50 —

24 — — — 1750 cmc. — 2 gr. —

25 — — — 1500 cmc. — 3 gr. —

26 — — — 1250 cmc. — 3 gr. —

27	—	—	—	1150 cmc.	—	4 gr.	—
28	—	—	—	1000 cmc.	—	4 gr. 50	—
29	—	—	—	750 cmc.	—	4 gr.	—
30	—	—	—	1000 cmc.	—	4 gr.	—
1 ^{er} mai.	—	—	—	600 cmc.	—	4 gr.	—
2	—	—	—	500 cmc.	—	3 gr. 50	—
3	—	—	—	350 cmc.	—	6 gr.	—

Le 24 et le 25 avril les douleurs deviennent plus vives, l'albumine augmente. On suspend le traitement le 19 mai.

Le 30 survient de l'intolérance gastrique. Des vomissements d'abord uniquement lactés, puis bilieux se montrent; on prescrit de la glace, une potion de Rivière, mais l'intolérance persiste et le facies s'altère de plus en plus.

Les yeux s'excavent, le coma survient et le malade succombe le 5 juin.

Autopsie. — Pratiquée au bout de 24 heures. A l'ouverture du thorax on constate des adhérences multiples autour des poumons surtout marquées à droite et telles que la séparation du poumon droit et du diaphragme est très pénible. Il n'existe d'ailleurs pas de tuberculose pulmonaire.

Le poumon droit extirpé, on constate, faisant saillie dans la cavité pleurale, au niveau de la 5^e, 6^e et 7^e côte (partie latérale) une tuméfaction du volume d'un citron, de consistance cartilagineuse, semblant à première vue être un sarcome. L'examen histologique confirma cette première impression et fit reconnaître qu'il s'agissait en effet d'un sarcome globo-cellulaire à petites cellules.

En aucun point du corps il n'a été possible de trouver d'autre tumeur analogue.

Le cœur ne présente rien de particulier ; il semble un peu hypertrophié.

La rate pèse 190 gr. ; rien d'anormal à signaler.

Le foie pèse 1850 gr. Il est entouré d'une zone de péri-hépatite surtout marquée au niveau de la face convexe. A la surface des deux lobes et uniquement au niveau de la face convexe, on remarque quelques taches blanches, non cicatricielles variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une petite lentille et tranchant sur le fond brun de l'organe.

A la coupe, le parenchyme semble assez pâle et un peu gras.

Examen histologique. — Les coupes sont pratiquées après inclusion au collodion. Coloration à l'hématéine-éotine.

Il n'y a pas de cirrhose appréciable. La lobulation semble plus nette que normalement et due aux caractères anatomiques suivants : les espaces portes sont en effet élargis ; on y constate la présence d'une grande quantité d'éléments arrondis, cellules lymphatiques ou éléments conjonctifs dont la valeur est difficile à apprécier, elles paraissent trop irrégulièrement disséminées et leurs amas ne sont point suffisamment arrondis pour qu'on puisse émettre l'hypothèse des gommes miliaires.

Les cellules hépatiques elles-mêmes semblent peu altérées ; il y a un peu d'infiltration graisseuse. Enfin il faut signaler une saillie notable des cellules de Kupffer et une dilatation vasculaire assez intense.

Examen des reins. — Les reins sont très volumineux et présentent extérieurement les caractères du gros rein

blanc. Le rein droit pèse 330 grammes ; le rein gauche, 340 grammes.

A la coupe, la couche corticale est très augmentée. Les pyramides sont congestionnées.

Examen histologique. — Comme pour le foie les coupes sont pratiquées après inclusion au collodion, et colorées à l'hématéine-éosine. Ce qui frappe tout d'abord, c'est la prédominance des lésions parenchymateuses ; il y a peu ou point de lésions conjonctives, indépendamment de l'infiltration embryonnaire.

Il existe une infiltration embryonnaire abondante qui se présente sous deux aspects : tout d'abord sous forme d'un réseau qui écarte les tubes contournés et les tubes collecteurs. Ce réseau n'existe pas dans toute l'étendue de la course : il est plus évident en certains points. D'autre part, il existe des amas embryonnaires paravasculaires. Ces sueurs et le réseau paraissent constitués par des lymphocytes.

Les vaisseaux présentent une légère endartérite.

Parmi les glomérules, les uns paraissent à peu près sains ; d'autres présentent des lésions plus accentuées, le bouquet vasculaire dilaté remplit complètement la capsule de Bowmann, qui ne semble pas épaissie, ces lésions semblent surtout d'ordre congestif.

Il n'en est pas de même pour les tubes contournés. Ces tubes sont dilatés par des exsudats divers, quelques-uns semblent cireux, mais la majorité est d'ordre granuleux ; quelques tubes contiennent des globules rouges. Les épithéliums sont très malades et leur noyau fixe mal l'hématéine, ils sont en majorité en dégénérescence granuleuse.

L'existence de la graisse n'a pas été cherchée par l'acide osmique.

Les pyramides présentent des lésions de congestion.

OBSERVATION II (Pérroud) (résumée)

Homme de 22 ans, matelassier, prend un chancre induré suivi rapidement de boutons aux bourses, au fondement et à la peau, et d'angine. Deux mois après le chancre il entre à l'hôpital avec une anasarque datant de quelques jours. On constate des plaques muqueuses aux bourses et à l'anus, quelques plaques ulcérées sous la langue et sur les amygdales, des croûtes dans les cheveux, des plaques cuirées sur la poitrine, et une éruption papuleuse généralisée.

La face est pâle et bouffie. L'anasarque occupe les membres inférieurs et les parois abdominales. Les urines sont très colorées et contiennent une quantité considérable d'albumine : rien au cœur : pas de fièvre. Le malade succombe un mois après à des accidents pulmonaires. On trouve à l'autopsie des reins gros, mous, tachetés, présentant les lésions de la néphrite aiguë, sans traces de lésions anormales.

OBSERVATION III (Rémy) (résumée)

Un jeune homme de 20 ans, syphilitique depuis 2 mois

et atteint de plaques muqueuses, de roséole, d'alopécie, devient tout à coup, sans cause connue albuminurique et œdématisé dans la moitié inférieure du corps. Globules blancs, globules granuleux cylindres hyalins dans les urines, mais pas de globules rouges. Plus tard Rupia, épuisement rapide et mort deux mois environ après l'invasion de l'anasarque. A l'autopsie gros rein blanc. Les pièces destinées à l'examen histologique furent égarées.

OBSERVATION IV (résumée) (Wagner)

Un jeune homme, 23 ans, atteint de syphilis en apparence légère, eut au bout de deux ans un œdème des membres inférieurs dont il guérit en quinze jours.

Quatre ans après le début de la syphilis, affection spécifique des organes génitaux traitée par le mercure et l'iodure de potassium.

Apparition de douleurs intenses dans la poitrine, dyspnée, œdème des membres inférieurs, bientôt généralisé. Ascite, hydrothorax.

Urines très albumineuses contenant une très grande quantité de cylindres, les uns graisseux, les autres remplis de globules rouges ou blancs et de cellules épithéliales granuleuses, cœur volumineux.

Psoriasis palmaire et plantaire. Amygdales ulcérées. Etat général grave. Au cinquième mois de la maladie, mort au milieu d'accidents convulsifs et comateux.

Autopsie. — Un peu de rétinite du côté droit. Dilatation et hypertrophie légère du ventricule gauche, gros reins blancs. La surface en est lisse, jaunâtre, avec de petits points blancs et des points hémorrhagiques.

Substance corticale deux fois plus épaisses que normalement. L'épithélium des canalicules urinifères de la substance corticale est un peu grasseux et dans les parties jaunâtres la dégénérescence grasseuse est plus marquée.

Les glomérules de Malpighi ne sont pas très augmentés et renferment de nombreux noyaux et des cellules épithéliales très multipliées. Quelques-unes ont une capsule très épaissie. Dans leur voisinage infiltration de petites cellules très nombreuses en certains endroits. Un peu de tissu fibreux dans la substance cervicale, avec atrophie des canalicules urinifère et des glomérules. Partout ailleurs le stroma est mou et anémié. Artères normales. Calibres des vaisseaux afférents très étroits.

OBSERVATION V (Résumée) Wagner

Un homme, âgé de 39 ans, était en pleine roséole syphilitique, ses urines diminuèrent, devinrent rougeâtres et albuminuriques.

Cylindres hyalins, cellules épithéliales, globules rouges, cellules grasseuses. Pas d'œdèmes.

Mort 15 jours après le début de la roséole syphilitique.

Autopsie. — Phtisie pulmonaire, Ulcérations laryngées probablement syphilitiques.

Reins de volume normal.

Substance corticale infiltrée de petites cellules, canalicules étroits et atrophiés, glomérules à capsule épaissie, contenant entre leur capsule et leurs capillaires une grande quantité de cellules épithéliales et quelques globules rouges. Beaucoup de canalicules sont remplies de globules rouges, blancs, ou de cellules épithéliales graisseuses. Quoique le stroma soit normal on ne trouve presque pas de glomérules intacts. La tunique interne des artères rénales de moyen calibre est hypertrophiée. Cœur normal.

OBSERVATION VI (Résumé) Döderlein

Homme, 49 ans, chancre au printemps de 1895.

Entre à l'hôpital le 4 décembre 1895.

Exanthème rouge brun aux jambes. Urines rares. Grande quantité d'albuminurie.

Meurt le 15 janvier 1896, avec anurie et phénomènes d'urémie cérébrale.

A l'autopsie, lésions de néphrite interstitielle subaiguë.

De plus on trouve disséminés dans le foie et les reins, dans les travées conjonctives et de préférence le long des vaisseaux de petits amas de cellules rondes embryonnaires rappelant la structure des gommès.

OBSERVATION VII (Résumée) Etienne, de Nancy

Femme de 42 ans.

Six mois avant son entrée à l'hôpital, gros bouton indolore aux parties génitales. Deux mois après éruption papulo-squammeuse. Iritis.

A l'entrée, 24 avril 1893. — Pâleur, bouffissure de la face, œdème des membres inférieurs, éruption papulo-squammeuse généralisée.

1000 grammes d'urine, 8 grammes d'albumine par litre.

Dans le dépôt, nombreux cylindres et globules rouges.

Traitement, injections hebdomadaires de tymola cétate de mercure ; KI ; régime lacté absolu.

10 mai, hémiplegie droite.

15 mai, mort dans le marasme. Autopsie.

Poumons, un peu d'œdème, pas de tuberculose.

Reins. Le droit 11 cm. sur 6, poids, 60 grammes. Congestion veineuse. Le gauche très petit, 8 cm. sur 2, poids 80 grammes. Se décortiquent bien.

Etude histologique. — La plupart des glomérules intacts ; par place épaissement des capsules de Bowman. Le peloton vasculaire semble normal.

Tubes contournés et droits : Cellules épithéliales gonflées protoplasma granuleux, noyaux normalement situés.

Certaines cellules ont laissé s'échapper leur contenu granuleux dans l'intérieur du tube et par endroits l'ont ainsi complètement oblitéré.

Endartérise peu intense.

OBSERVATION VIII (Résumée) (Mauriac)

M. Jean, charretier. Albuminurie et anasarque survenues quatre mois après l'apparition d'un chancre infectieux. Aucune ma'adie extérieure ; aucune tare héréditaire.

Coïncidence de roséole érythémateuse généralisée.

Un peu d'ascite.

Amélioration d'abord sous l'influence du traitement spécifique, point de chute. Œdème de la glotte. Mort après trois mois de syphilis rénale.

OBSERVATION IX (Résumée) (Horteloup)

Syphilis chez un sujet de 17 ans, chétif et incomplètement développé. Deux mois après le début, anasarque et albuminurie. Accidents rapidement graves. Vomissements, urines sanguinolentes et albumine abondante. Ascite.

Mort le 42^e jour de la népropathie, le 120^e de la syphilis.

Autopsie, 24 heures après la mort. Foie un peu augmenté de volume. Reins affectant le type du gros rein blanc. Pas d'examen histologique.

OBSERVATION X (Résumée) (Bisch in th Theille)

N..., âgé de 54 ans, débardeur.

Pas de maladie antérieure. Ethylique. Chancre en janvier 1898. Non traité. Entre le 15 mars 1898 dans le service du D^r Renault à Ricord.

Papules syphilitiques disséminées sur le tronc et les membres. Alopécie en clairières. Syphilides érosives des muqueuses labiales et linguales. Erythème scarlatiniforme sur la face antérieure du thorax.

Angine violente, plaques muqueuses, œdème de la luette.

26 grammes d'albumine par litre. Régime lacté.

Au bout de 4 jours, en face d'une oligurie progressive (250 gr). en 24 heures. on fait une injection dans la fesse de 10 centigrammes de calomel et on donne 4 grammes d'iodure de potassium par jour.

Après cinq jours de traitement et des injections répétées de sérum de Hayem, l'œdème se généralise, les poumons sont extrêmement congestionnés et le malade succombe dans la nuit.

Autopsie. — Liquide louche, 150 grammes environ dans chaque cavité pleurale. Léger œdème pulmonaire. Congestion des bases. Rein gauche, assez régulier de forme, pesait 185 grammes. Petits kystes à la surface. La capsule s'enlève facilement ; à la coupe rien d'anormal.

Rein droit bosselé, inégal, avec gros kystes pleins de

liquide citrin. Poids 165 gr. A la surface, taches blanchâtres d'infarctus. Examen fait par M. Letulle : lésion de néphrite interstitielle subaiguë.

OBSERVATION XI (Bisch in th Theille) (Résumée)

Cr. Jacques, 26 ans, terrassier.

Entre le 22 mars 1898, à l'hôpital Ricord, pas de maladies dans l'enfance.

En 1895, paludisme contracté à Madagascar, et qui ne s'est pas manifesté depuis le retour en France.

Pas d'éthylisme.

En janvier 1898. Chancre induré, traité par ingestion quotidienne de 10 centigr. de proto iodure de mercure.

Vers le milieu de février, essoufflement, vertiges, maux de tête ; paupières bouffies, au réveil. Perte des forces.

A son entrée à l'hôpital, on constate : Cicatrice indurée du limbe préputial. Adénit-bi-inguinale.

Syphilides papulo-squameuses généralisées 500 grammes d'urines par 24 heures avec 16 gr. 50 d'albumine par litre.

Traitement. — Régime lacté exclusif 5 centigrammes de protoiodure de mercure, 2 grammes d'iodure de potassium.

Après trois mois de séjour à l'hôpital le malade sort conservant 50 c^{gr} d'albumine par litre.

OBSERVATION XII (résumée) in th. Prendergast

Marie D... 31 ans.

A 4 ans, conjonctivite purulente, à 8 ans, fièvre typhoïde, surdité consécutive du côté gauche.

A 13 ans scarlatine.

Peu après bronchite puis érysipèle de la face.

Vers la fin de novembre 1887 chancre infectant. Dans le courant de décembre, éruption sur les bras et les jambes. Traitée, l'éruption disparaît. Cessation de tout traitement en janvier.

Vers le milieu de février apparition d'un état gastrique avec vomissements bientôt suivi d'anasarque et d'anurie.

Le 21 mars on constate : œdème intense des membres inférieurs, des grandes lèvres et de la paroi abdominale, 1 litre 1/2 à 2 litres d'urine.

Traitement. — Frictions avec 4 grammes d'onguent napolitain.

Infections avec oxyde jaune 10 centigrammes vaseline q. s. pour un centigramme par injection.

26 mars. — Apparition d'un érysipèle à la jambe gauche.

Mort le 2 avril.

Autopsie. — Rein droit pèse 185 grammes, rein gauche 195 grammes.

Délimitation très nette entre la substance corticale et la substance médullaire : la première est pâle, la deuxième très congestionnée. Pas de données histologiques.

OBSERVATION IV (Horteloup)

M. A. 21 ans, menuisier, soigné en 1876, à l'hôpital du Midi.

Syphilis à début graves. Albuminurie et anasarque au 5^e mois de la syphilis. Accidents brightiques graves pendant neuf mois. Imminence de mort. Guérison. Persistance de l'albumine dans les urines au bout de quatre ans et demie.

OBSERVATION XV (Mauriac) Résumée.

M. Ch. Terrassier, 34 ans.

Albuminurie et anasarque au huitième mois d'une syphilis bénigne dans ses premières manifestations. Alternatives d'amélioration et de rechute. Bon état général. L'anasarque disparaît 9 mois après le début de la maladie rénale; 16 après le début de la syphilis, l'albuminurie persistait, sans inconvénient apparent. Le malade a été ensuite perdu de vue.

OBSERVATION XVI (Mauriac)

B. André, 60 ans.

Chancre induré. Un mois après accidents secondaire

cutané, vers le 50^e jours, apparition d'albuminurie qui persistait encore quelques semaines après.

OBSERVATION XVII (Mauriac) Résumée.

M. X..., 31 ans.

Albuminurie et anasarque ne pouvant relever que d'une syphilis contractée deux mois et demi auparavant.

Disparition rapide de l'œdème en deux ou trois semaines. Persistance de l'albuminurie au bout de deux mois et demi. Etat général bon.

OBSERVATION XVIII (Negel)

Anasarque et albuminurie au 5^e mois d'une syphilis bénigne.

Au bout de 5 mois, encore 0,50 grammes d'albumine par litre.

OBSERVATION XIX (Barthélemy)

B..., 33 ans. Anasarque et albuminurie, cinq mois après le début d'une syphilis.

Persistance de l'albuminurie après deux mois.

Conclusions

La néphrite syphilitique secondaire peut se manifester sous trois modes :

Tantôt il s'agit d'une simple albuminurie transitoire, indépendante de toute intoxication hydragyrique, coïncidant avec une éruption roséolique et parfois avec une légère ascension thermique, caractérisant la fièvre syphilitique ;

Tantôt c'est une néphrite bénigne qui n'est pas influencée par le régime lacté, mais cède rapidement au traitement mercuriel ;

Tantôt enfin, et c'est le cas le plus rare, la syphilis secondaire, sous l'influence peut-être de lésions légères préexistantes, se traduit par une néphrite subaiguë, avec albuminurie abondante, cylindrurie, et parfois hématurie.

Cette néphrite subaiguë présente deux terminaisons principales :

Ou bien elle passe à la chronicité, et devient le point de départ d'un véritable mal de Bright d'origine syphilitique.

Ou bien, continuant son évolution subaiguë, elle entraîne la mort après une durée variant de quelques semaines à quelques mois.

Il n'existe pas de caractéristique anatomique positive de la syphilis rénale secondaire. Les reins présentent généralement les caractères macroscopiques et histologiques du gros rein blanc ; seules certaines lésions des autres organes, telles que les gommes miliaires du foie et peut-être même l'abondance d'infiltration leucocytaire des espaces portes, en l'absence de toute autre signature infectieuse précise, peuvent permettre de lever tous les doutes à cet égard.

Le traitement, victorieux pourtant de la plupart des manifestations secondaires de la syphilis, semble impuissant devant certains cas de néphrite subaiguë. Cela est surtout vrai lorsqu'il est institué tardivement ou quand les premiers accidents n'ont pas été ou ont été insuffisamment traités.

Vu : Le Président de la Thèse.

XNVTIIL

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Index Bibliographique

- Atkinson.* — Etiologie du mal de Bright, 1883.
- Axel Key.* — Deux cas de syphilis des reins et du cœur. Hygica, 1877.
- Baudoin.* — Th. Paris, 1889.
- Bamberger.* — Volkmann's Samml. Klin. Vortrag, 1879, n° 173.
- Barde.* — De syph. renum affect., Berlin. Diss. 1863.
- Barthélemy.* — Annales de dermat., 1881 ; — Bull. med. 22 mai 1887.
- Bazin.* — Leçons sur la syphilis et les syphilides, 1866.
- Beer.* — Die Eingeweides Syphilis, 1867.
- Behier.* — Clinique de la Pitié, 1867.
- Bernard.* — Th. de Paris, 1900.
- Belhomme et Martin.* — Traité de la syphilis, 1875.
- Bouchard.* — Revue de méd. 1881.
- Boukheief.* — Néphrites syphilitiques précoces. Th. de Paris, 1899.
- Burkmann.* — Deuts. méd. Woch., n° 4, 1880.
- Bruzelius.* — Sclérose atrophique limitée à la moitié des deux reins, 1877.
- Bradley.* — Brit. med. Journ., fév. 1871.
- Rutten

Brault. — Syphilis rénale, in *Traité de médecine.*

Casarini. — De l'albuminurie syphilitique, *Rivista di sc. med.* n° 1, 1888.

Charcot. — Conditions pathogéniques de l'albuminurie, *Prog. med.* nov. 1880, janvier 1881.

Chauffard. — Néphrite des syphilitiques, in *Traité de médecine et de thérapeutique*, 1898, t. V, p. 785.

Chvostek. — *Wien. med. Wochens.*, n° 33.

Cohadon. — Albuminurie dans le cours des accidents secondaires de la syphilis. *Th. de Paris*, 1882.

Colvis. — Accidents secondaires rebelles. Albuminurie syphilitique traitée avec succès par l'eau de Cholles.

Coupland. — *Transac. of the path. soc.*, 1876, p. 303. *The med. Times and Gaz.*, t. I, 1880, 20 janv.

Cornil. — Mémoire sur les lésions anatomiques du rein dans l'albuminurie. *Th. de Paris*, 1861.

— Leçons sur la syphilis, 1879,

Cornil et Brault. — Lésions anatomiques du mal de Bright.

Cuffer. — *Bull. de la soc. anat.*, 1874, p. 844.

Darier-Hudelo. — *Soc. de derma. et de syphili.*, 20 juillet 1893.

Darier. — Syphilis rénale, in *Manuel de médecine de Debove-Achard*, t. VI, 1895.

Day. — *British med. Assoc., Brit. med. Journal*, 25 août 77, p. 252.

Doedertin. — In *Munch. méd. Wochens.*, 1896, n° 997.

Delamare. — Revue générale in *Gaz. hôpit.*, mai 1900, n° 55.

Delore. — *Province Méd.*, 1895.

Derville. — Journ. soc. méd. de Lille, 1896.

Descouts. — L'albuminurie survenant dans le cours des accidents secondaires de la syphilis. Th. de Paris, 1878.

Dieulafoy. — Manuel de patho. interne, 10^e éd. 1898. Clinique méd. Hôtel-Dieu, 1898, p. 286 8.

Dickinson. — Croonian lectures, 1876, The Lancet, 1876, t. I, n° 627.

Dreyfus-Brisac. — De l'albuminurie à la période secondaire de la syphilis. Gaz. hebdomadaire, n° 20, p. 229, 1883.

Drysdale. — Brit. med. Journ. 1879. Practitioner, 1884, t. II, p. 87.

Etienne. — Ann. de dermat., 1895, p. 644.

Fournier. — Traité de la syphilis, fasc. II, 1897, p. 735.

Frerichs. — Die Bright. Nierenk. u. deren Behandlung, Brunsch, 1878.

Furbringer. — Albuminurie mercurielle et syphilitique, 4^e Congrès de méd. int., Wiesbaden, 10 avril 1885.

Gaston. — Ann. de dermat., 1890.

Grandmaison. — Revue génér. in. Gaz. hôpitaux, 1893.

Grainger-Stewart. — A practical treatise on Bright's diseases of the Kidney's, Newton, 1872.

Gaucher. — Th. d'agrég., 1886.

Guiol. — Essai sur l'albuminurie syphilitique. Th. de Paris, 1867.

Guntz. — Memorabilien, 1885, Heft 5.

Hardy. — Union méd. 1^{er} avril 1878.

Homolle. — Maladie syphilitique des reins, in Nouv. dict. de méd. et de chirurg. prat., t. XXXIV, p. 810.

Horteloup. — Rapport sur quatre observations d'al-

buminurie survenue chez des syphilitiques dans le cours d'accidents secondaires.

Hutchinson. — Syphilis, ed. 89, p. 38.

Jaksch et Finger. — Deut. klin., 1850.

Jaccoud. Clinique de la Charité, 1869, n° 713.

— Clinique de la Pitié, 1887.

— Bull. méd. 1893, p. 1043.

— De la néphrite syphilitique précoce, semaine méd. 1893, p. 270.

— Revue internationale de médecine et de chirurgie, 1896.

Jullian. — Traité pratique des maladies vénér., 2^e éd. 1886.

Kaseh. — Hosp. Tid. Kjobenh., 1893.

Klebs. — Arch. f. expér. Path. und Pharm ; t. X, p. 161
1879.

— Path. anat. 1870.

Labadie-Lagrave. — Dic. de méd. et de chir. prat. 1881.

Lachkeisch. — De la syphilis viscérale, Prog. méd. 30 avril 1887.

Laffite. — Th. de Paris, 1889.

Lancereaux. — Etudes sur les lésions viscérales de la syphilis, Gaz. hebd. 1861.

Lafleur. — Syphilitis nephritis. Transact. of the. Ass. of. Améric. physicians XI, 1896.

Lang. — Centralb. f. die gesaminte therapie, 1892.

Lecorché et Talamon. — Syphilis brightique précoce, Méd. mod. 1891.

Leroy. — Contribution à l'étude de la néphrite syphilitique, in Arch. gen. de méd., 1890, p. 257.

Lépine. — Rev. méd. 1882.

Lee. — The lancet, 1863, t. I, p. 621 : t. II, p. 109.

The Lancet, 1890, t. VII, p. 240.

Macke. — Pathological Transact., 1871, p. 34.

Maunino. — Etude sur un cas d'hématurie paroxystique syphilitique. Gaz. des hôpitaux, n° 65.

Marfan. — Gaz. des hôpitaux, 1888.

Martinet. — France méd. 1881.

Marchiafava. — Altérations des reins dans la syphilis héréditaire.

Massalongo. — Ann. de dermat. et de syphili. 1894, n° 10, p. 1148.

Mauriac. — Arch. de méd. 1892. Mémoire sur la syphilose du rein 1887.

Messenge Bardley. — Hydropisie rénale syphilitique, Ann. de dermat. et de syph. p. 384, 1871.

Moxon. — Guy's Hospit. Reports, 1868.

Murri. — Emoglobimure et sifilide, la Rivista clinica de Bologna, 1885.

Negel. — De la syphilis rénale, th. de Paris, 1882.

Oulmont. — Syphilis osseuse et viscérale chez l'adulte Soc. anat. avril 1878.

Paci. — Gaz. degli Osped. di Milano, 1897.

Pannetier. — L'albuminurie chez les syphilitiques, Th. de Paris, 1893.

Perroud. — Journ. de méd. de Lyon, 1867.

Polnow. — Inaug. diss. Berlin, 1894.

Polluci. — Clinica Cautani, Il Morgagni, 1874.

Potain. — Gaz des hôp. n° 151, 1868.

Prendergast. — Syphilis brightique précoce. Th. de Paris, 1892.

Rachi. — Sul morbo di Bright nella siflide, Giornale delle mal. ven. p. 230.

Rayer. — Maladies des reins.

Raymond. — Maladie de Bright chez un syphilitique, Prog. méd., p. 248.

Regnier. — Th. Paris, 1896.

Renion. — La fragilité d'urine dans la syphilis, in Presse méd., n° 30, 15 avril 1899.

Ribbert. — Med. Centralb. 1879, n° 47 ; 1881, n° 17.

Roberts. — Urinary and renal diseases, 1885, p. 608.

Rundou. — Syphilis disease of the Kidney, St. Peterb. med. Zeits, t. VI, n° 256.

Schumacher. — Des rapports de l'hémoglobinurie avec la syphilis.

Schewster. — Sur l'état de la rate et des reins au début de la syphilis. Wien. med. Halb., n°s 41, 42.

Semenda. — Polyurie syphilitique, Gaz. des hôpitaux, p. 260.

Speiss. — O die verschied. Nierenaff bei syphili. Berlin, diss. 1877.

De Sinéty. — Gaz. méd. de Paris, 1884.

Southey. — Rauking's abstracts, t. II, n° 87.

Sydney Philips. — Diabetes insipides from Syph., Brit. med. Journ. p. 1020, nov. 1883.

Theille. — La néphrite syphilitique secondaire. Th. de Paris, 1898.

Thouvenel. — Gaz. des hôpitaux, n° 74.

Tommasoli. — Sulla sifilide dei reni, Riv. Clin., 1888.

Tunegel. — Klein, Mittheilungen, Hambourg 1861.

Vallas. — Manifestations rénales de la syphilis, Province méd. 4 fév. 1888.

Vignerot. — Sur l'étiologie des néphrites, Arch. gen. de méd., nov. 1891.

Wirchow. — Archiv., 1858, t. XV, p. 314, Syphil. const., 1859.

Wagner. — Deuts. Arch. f. Klin. med, 1880 et 1881, Bd. XXVIII, t. I, n° 94, id. Morbus Brighitis, 1882.

Welander. — Arch. f. dermat. v. syphil., 1894, 1896, t. XXXI, fasc. III.

Weigert. — Maladies des reins.

Winckel. — Soc. méd. de Dresde, Berlin, Klin. Wochens, 1874, n° 28, p. 343.

Zeisel. — Traité de la syphilis et des affections vénériennes, Stuttgart, 1871.

